

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

657

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pinhas SÉGAL

Né le 15 octobre 1907, à Jaffa (Palestine)

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT
DE LA
MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pinhas SÉGAL

Né le 15 octobre 1907, à Jaffa (Palestine)

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT
DE LA
MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale .
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphil-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

*A qui je dois tout ; bien faible témoignage
de ma reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Président de la Société française
de Prophylaxie Sanitaire et Morale

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Témoignage de
respectueuse reconnaissance et de profonde
gratitude pour son enseignement éclairé
qu'il nous a toujours prodigué.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A M. LE DOCTEUR ALEXANDRE CARTEAUD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique de la Faculté
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance
de ma profonde reconnaissance et de ma
vive sympathie.*

A M. LE DOCTEUR ROBERT DEGOS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chef de clinique à la Faculté

*Qui nous a inspiré cette thèse. Témoi-
gnage de très vive gratitude.*

A M. LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médaille d'or de Chirurgie 1930
Ancien aide d'anatomie
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté

A M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chef de clinique à la Faculté

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET DESCRIPTION DE LA MALADIE

SYNONYMES

Lymphogranulome inguinal ; ulcère vénérien adénogène ; poradénite ; poradénolymphite suppurée ; lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents multiples intraganglionnaires ; maladie de Nicolas-Favre ; quatrième maladie vénérienne.

DÉFINITION

La maladie de Nicolas-Favre est une maladie autonome, spécifique, contagieuse, caractérisée essentiellement par une adénite subaiguë des ganglions inguinaux, bien caractérisée cliniquement et anatomo-pathologiquement, inoculable à l'homme mais non auto-inoculable, causée par un agent pathogène inconnu, atteignant surtout les adultes du sexe masculin et transmissible par les relations sexuelles.

HISTORIQUE

Divers auteurs au cours du siècle dernier et au commencement de celui-ci avaient remarqué l'existence d'une variété d'adénite inguinale nettement distincte ; citons : l'adénite à suppuration intraganglionnaire de Velpeau et Chassaignac, le bubon chronique d'emblée de Rollet, l'adénite subaiguë simple à foyers intraganglionnaires de Nélaton, le bubon strumeux de l'aîne de Lejars, l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires de L'Hardy, etc.

Rost en 1912, Muller et Justi en 1914, donnaient une description très complète du *bubon climatique* rencontré aux colonies, qui est actuellement assimilé à la maladie de Nicolas-Favre.

Mais c'est le 31 janvier 1913, que MM. Nicolas, Favre et Durand ont présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris leur premier mémoire dans lequel ils ont nettement individualisé la poradénite des autres variétés d'adénites inguinales.

FRÉQUENCE

Assez grande et qui va en augmentant. Cette maladie s'observe surtout chez l'homme adulte à la période d'activité sexuelle, beaucoup moins chez la femme ; jamais pour ainsi dire chez les enfants et les vieillards.

ETIOLOGIE

Les rapports sexuels jouent un rôle essentiel dans l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre. L'inoculation accidentelle est possible en dehors des contaminations sexuelles ; M. Nicolas a rapporté un cas typique de localisation axillaire sur un chirurgien qui s'était blessé au doigt en opérant un cas de lymphogranulomatose inguinale.

INCUBATION

Variant de 10 à 30 jours (Hellerström), après laquelle survient l'accident initial, l'ulcère vénérien adénogène ou microchancre poradénique de Bory, qui passe le plus souvent inaperçu.

LE CHANCRE

Ressemble à une exulcération d'herpès de la dimension d'un grain de chénevis ou d'une lentille, développée dans la région du gland ou du prépuce chez l'homme, à la fourchette chez la femme, disparaissant spontanément en 12 ou 15 jours.

Prend quelquefois l'aspect d'une papule lenticulaire à sommet érodé. Plus rarement, c'est un nodule fistulisé ou une induration du méat, ou bien encore une surface rouge légèrement érosive du gland.

Mais la lésion pour laquelle vient consulter le malade est ganglionnaire, et le début apparent de la

maladie se caractérise essentiellement par l'*adénite inguinale* qui évolue en trois stades : d'hypertrophie ganglionnaire, de ramollissement et de fistulisation.

PREMIER STADE : d'*hypertrophie ganglionnaire*. — Au niveau de la région inguinale sous la peau d'aspect normal, un, puis plusieurs ganglions augmentent de volume, s'indurent et deviennent quelquefois douloureux à la pression.

Ces lésions ganglionnaires se développent souvent insidieusement, sans réactions générales appréciables, mais d'autres fois il y a : fièvre, céphalée, courbature, malaises généraux, arthralgies.

Après cette période qui dure 10 à 25 jours environ, survient le :

DEUXIÈME STADE : de *ramollissement*. — Les ganglions inguinaux, d'un seul ou des deux côtés, adhèrent à la peau qui devient rouge violacée et se mamelotte : formation d'un placard inflammatoire non douloureux à la palpation, occupant la base et la partie interne du triangle de Scarpa, s'étendant de part et d'autre du pli inguinal.

Tout d'abord cette masse adhère à la peau sans adhérer encore aux parties profondes, « *signe de l'ébranlement* », puis finalement elle se fixe aux parties profondes et ce signe disparaît.

Au-dessus et derrière l'arcade de Fallope on sent à travers la paroi abdominale un ganglion plus ou moins volumineux, de la grosseur d'une petite noix

ou quelquefois même d'un œuf de poule, situé dans la fosse iliaque interne, peu ou pas douloureux, sans adhérence à la peau, ni rougeur, ne fistulisant jamais extérieurement.

Cette *adénopathie iliaque intra-abdominale* est un symptôme très important.

TROISIÈME STADE : *de fistulisation*. — Fistules multiples. Les abcès fluctuants s'ouvrent à la peau par autant de fistules. On est frappé par la coexistence sur le même placard de lésions à des stades différents de leur évolution, nodosités encore à l'état de crudité, ou déjà ramollies, ou ouvertes et fistulisées.

Tous ces orifices fistuleux restent isolés et ne deviennent jamais le siège de chancrellisation ni de phagédénisme.

Le pus est filant, visqueux, muqueux, adhérent mal au verre et s'étendant mal sur les lames porte-objets, et dont la formule cytologique est assez particulière : aux polynucléaires habituels des abcès se mêlent de grands mononucléaires acidophiles et les grains chromatophiles que Gamma a regardés comme étant les parasites de la maladie et que MM. Nicolas, Favre et Bory considèrent comme de simples débris nucléaires en pycnose.

Presque toujours existent des *phénomènes généraux* : fièvre, malaise, poussées articulaires, splénomégalie, mononucléose sanguine (Ravaut). L'atteinte de l'état général peut aussi se manifester par l'asthénie, l'anémie, l'anorexie, l'amaigrissement.

EVOLUTION

L'évolution est très lente. Les anciennes fistules se tarissent rarement et le plus souvent persistent, de nouveaux foyers se ramollissent, de nouvelles fistules se forment.

Parfois, assez exceptionnellement, on peut voir la formation de nouveaux foyers s'arrêter, les fistules se tarir et la *guérison spontanée* survenir. Mais le devoir est toujours d'agir par les moyens de traitement appropriés, car autrement la maladie trainera pendant des mois, voire des années.

Hellerström, ainsi que Nicolas, ont observé des poussées *d'érythème polymorphe* et *d'érythème nouveau* au cours de l'évolution de cette maladie, comme on peut en constater au cours des différentes maladies infectieuses.

FORMES CLINIQUES

Forme abcédée ou *forme purulente en larges foyers*, où la suppuration ganglionnaire se fait en masse.

Forme ulcéreuse ou *forme à bourgeon ganglionnaire, énucléante*, la fistule s'élargit et par cet orifice agrandi fait saillie à l'extérieur le ganglion malade sous forme d'un gros bourgeon charnu.

Formes cutanées : signalées dernièrement par Chevallier.

Formes associées : gono-lymphogranulomateuse ; chancrello-lymphogranulomateuse ; Syphilo-lymphogranulomateuse.

SYNDROME GÉNITO-ANO-RECTAL DE JERSILD

On connaît maintenant le rôle de la poradénite dans l'étiologie d'un certain nombre de syndromes éléphantiasiques génito-ano-rectaux. Ces formes se rencontrent surtout chez la femme.

L'éléphantiasis peut être localisé soit à l'anوس et au rectum avec *rétrécissement* (1) (*ancien syphilome ano-rectal de Fournier*), soit au rectum, à l'anوس et aux parties génitales (*Syndrome génito-ano-rectal de Jersild*), soit seulement à la partie antérieure du réseau lymphatique génital, vers l'aîne (*esthiomène*).

Dans tous ces cas l'intradermo-réaction de Frei est positive.

DIAGNOSTIC

Le bubon chancrelleux est douloureux, ne s'accompagne pas d'adénite iliaque, suppure en bloc (alors que chaque adénite de la maladie de Nicolas-Favre suppure et se fistulise isolément), et s'ouvre par un seul orifice dont les bords peuvent se chancrelliser.

Dans le cas de bubon chancrelleux l'intradermo-réaction avec le vaccin antistreptobacillaire de Ni-

1. La sodomie que l'on note si souvent dans ces rétrécissements inflammatoires classiques explique l'inoculation anale ou mixte de la maladie vénérienne qu'est la poradénite de Nicolas-Favre.

colle (Dmelcos) est positive (cette réaction a toute sa valeur si le sujet n'a jamais eu de chancre mou).

L'intradermo-réaction de Frei. — Frei, de Berlin, a découvert en 1925 l'état allergique spécial créé chez les porteurs de la maladie de Nicolas-Favre et qui les rend particulièrement sensibles à l'injection intradermique d'un antigène spécifique, préparé avec des produits : pus ou tissu ganglionnaires malades, issus de lésions lymphogranulomateuses.

On prépare cet antigène lymphogranulomateux, en se servant du pus dilué dans 5 à 7 parties de sérum physiologique et chauffé à 60°, deux fois, pendant une ou deux heures, contrôlé au point de vue stérilité, et mis en ampoules de 1/2 centimètre cube.

L'antigène est injecté strictement dans le derme de la face externe du bras ou de la cuisse.

Dans le cas de *réaction positive* : celle-ci se traduit au bout de 24 heures par l'apparition d'une petite papule rouge sombre, surélevée, infiltrée, perceptible à la palpation, qui au bout de 36 à 48 heures ou 3 jours se transforme en une nodosité rouge, saillante, de 2 ou 3 cm. de diamètre tout à fait caractéristique. Dans les cas plus nets, c'est une papulo-vésicule, ou papulo-pustule qui peut se transformer en un abcès dermique.

Ces lésions érosives ou ulcéreuses guérissent spontanément en 8 à 15 jours.

Quand la *réaction est négative*, le lendemain et les jours suivants on n'observe aucune modification de la

peau, ou simplement une teinte rose diffuse sans infiltration.

Son intensité paraît être en rapport avec l'intensité de la maladie.

Elle apparaît de trois semaines à un mois et demi après le début de l'infection et persiste très longtemps, peut-être indéfiniment.

L'intradermo-réaction lymphogranulomateuse semble vraiment spécifique et est presque toujours positive dans la maladie de Nicolas-Favre, négative dans les autres maladies.

CAUSE D'ERREUR : *origine de l'antigène*. — L'antigène préparé avec le pus nous paraît seul avoir une valeur sinon absolue, du moins très grande. Lorsqu'on se sert d'antigène préparé avec de la pulpe ganglionnaire, il semble qu'il puisse y avoir des réactions d'origine tissulaire, lymphoganglionnaire, à antigène non lymphogranulomateux, mais cellulaire ganglionnaire. C'est là une cause d'erreur qu'il faut connaître (Nicolas).

Une belle réaction de Frei ne doit être jugée qu'au bout de 4 à 5 jours, persister longtemps (8 à 15 jours et plus), sous forme d'un nodule érythémateux décroissant lentement. Il faut se méfier des réactions précoces, érythémateuses même en grand halo et faire toujours des témoins (Ravaut).

*
* *

Et maintenant passons à la question qui nous intéresse plus particulièrement.

II

LE TRAITEMENT

De nombreux médicaments et divers modes de traitements ont été préconisés et essayés jusqu'à ces dernières années. Etant plongé encore pour ainsi dire dans l'obscurité complète et ne sachant la pathogénie précise de la maladie, on comprendra le tâtonnement que les divers auteurs présentent en cherchant un mode de traitement efficace.

Avant d'aborder les traitements actuels, nous passerons rapidement en revue les *principaux* traitements employés jusqu'à ces dernières années.

Le chlorhydrate d'émétine a été administré par Ravaut à la dose de 6 à 8 centigr. par jour en *injections intraveineuses*, sans dépasser la dose totale de 1 gr. pour une cure.

La solution iodo-iodurée de lugol a été utilisée aussi par Ravaut, en raison de l'action souvent favorable de l'iode sur les adénopathies chroniques, soit en *injections intraveineuses*, à doses progressives quotidiennes, de 5 à 10 cmc., mélangés à 10 ou 20 cmc. de sérum physiologique. Ces injections sont malheu-

reusement suivies très fréquemment de thromboses veineuses locales qui obligent à interrompre le traitement ; soit par *voie buccale*, de 40 à 100 cmc. par jour et même plus, dans du lait ou de la bière, médication souvent mal tolérée par l'estomac. Les traitements iodo-iodurés sont faits par cures de huit jours, avec repos de quelques jours entre deux cures, et répétés pendant des mois.

On peut combiner ces deux traitements par *cures alternées* : injections d'émétine suivies de l'administration de teinture d'iode par voie gastrique, à la dose de 40 à 80 gouttes comme l'ont proposé Dufour et Ferrié, par séries successives de 8 injections d'émétine à 6 ou 8 centigr. et de 8 jours de traitement avec la solution iodo-iodurée, par voie intraveineuse ou buccale, ou bien par traitements alternés, un jour non l'autre, comme l'a indiqué Ravaut.

Ces traitements par l'émétine et la solution iodo-iodurée, surtout combinés, peuvent avoir une influence favorable, mais les résultats en restent cependant très inconstants, n'empêchant bien souvent ni l'abcédation, ni la fistulisation, et n'ont souvent aussi aucune action préventive contre le développement de nouveaux foyers (Nicolas).

Le sulfate de cuivre ammoniacal, en injections intraveineuses de 1 cmc. d'une solution à 4 %, soit 4 centigr., en séries de 10 injections quotidiennes, suivies de 6 injections faites tous les deux jours, a donné un excellent résultat dans un cas à Carnot et Froment.

Cette médication ne nous a pas donné de résultats nettement supérieurs aux autres (Nicolas, Gaté).

L'auto-hémothérapie, la lactothérapie, la protéinothérapie, la vaccinothérapie au moyen de vaccins non spécifiques, propidon et notamment *Dmelcos*, n'ont donné aucun résultat favorable dans les cas de lymphogranulomatose bien établie.

La vaccination spécifique a été employée par P. Delbet, Beauvy et Ménégaux, qui ont préparé un *auto-vaccin* avec des ganglions malades enlevés chirurgicalement, desséchés et broyés dans du sérum artificiel. Ces auteurs ont eu des succès. M. Nicolas pense que *l'exérèse chirurgicale* d'un ou plusieurs ganglions qu'ont pratiquée ces auteurs pour préparer leur auto-vaccin a été *suffisante pour amener la rétrocession de toute la masse ganglionnaire restante* et que les succès obtenus ne sont guère dus à *l'action vaccinante*.

L'exérèse chirurgicale totale, en masse, de toute la tumeur inguinale donne une guérison rapide. Malheureusement, cette extirpation *totale* peut être suivie, au bout de quelques mois, d'un éléphantiasis du membre inférieur ou des organes génitaux. Aussi sa pratique, en raison de ce danger, est-elle absolument contre-indiquée.

On a signalé, particulièrement en Allemagne, des hémorragies graves dont plusieurs mortelles. Spiets-

chka a vu des œdèmes persistants de la verge et du scrotum.

M. Pinard a vu se déclarer après l'intervention chirurgicale une septicémie streptococcique qui fit mourir le malade.

III

L'ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT

Même actuellement il n'y a pas encore un traitement *spécifique* de la maladie de Nicolas-Favre.

Toutes les méthodes que nous allons décrire sont employées actuellement par divers auteurs et chacune comporte des succès et des échecs.

La supériorité de chaque traitement réside dans le pourcentage des succès.

Nous décrirons successivement :

- A. — *Les injections intraveineuses de sels d'antimoine.*
- B. — *Les injections locales de glycérine.*
- C. — *Le salicylate de Na.*
- D. — *Les injections locales de glycérine iodoformée.*
- E. — *Le sérum de convalescents.*
- F. — *Les injections intraveineuses d'émulsion siennienne.*
- G. — *L'exérèse chirurgicale partielle.*
- H. — *L'électrocoagulation.*
- I. — *La radiothérapie.*

A. — Les injections de sels d'antimoine.

M. Sézary se sert du *tartrate double d'antimoine et de sodium*.

Ce sel a été choisi de préférence à l'émétique parce que le sodium est plus soluble et moins toxique que le potassium, exposant moins ainsi les malades aux petits accidents reprochés à l'émétique.

Ce sel est livré en ampoules de 2 cmc. contenant des solutions stérilisées de concentrations différentes, de 0 gr. 02 à 0 gr. 06, par centimètre cube.

La solution est injectable par voie intraveineuse. Les premières injections sont faites à petite dose (2 centigr.), le malade à jeun, afin d'apprécier la sensibilité au médicament.

On augmente ensuite la dose de 0 gr. 01 chaque fois, sans dépasser 0 gr. 06 à 0 gr. 08. La série habituelle comporte 10 à 12 injections, à raison de 2 à 3 par semaine.

Institué précocement, le traitement par les sels d'antimoine n'empêche pas toujours le ramollissement et l'ouverture ultérieure du bubon. Mais, même dans ce cas, il raccourcit l'évolution qu'on sait interminable dans les cas non traités. Dans les cas heureux, les signes inflammatoires s'éteignent en 10 à 15 jours, les fistules s'assèchent et se cicatrisent rapidement. Après un ou deux mois, il persiste soit un placard fibreux, soit quelques ganglions isolés et mobiles que l'on devra encore surveiller, étant donné la tendance aux

récidives. Celles-ci sont habituellement bénignes et vite jugulées par une nouvelle série d'injections.

En cours de traitement, on peut voir survenir quelques incidents.

Immédiatement après l'introduction du médicament et dès les premières piqûres, certains malades ont une quinte de toux violente qui peut être émétisante, d'où l'indication de laisser les malades à jeun le jour de l'injection.

A partir de la septième ou de la huitième piqûre, certains malades accusent, dans les heures qui suivent l'injection ou le lendemain matin, des douleurs sourdes des épaules et des muscles voisins qui font obstacle à la liberté des mouvements.

MM. Sézary et Lenègre ont rapporté les résultats obtenus chez 10 malades traités par les injections stibiées. La guérison fut obtenue 6 fois en 4 à 5 semaines, avec un total de 8 à 12 injections, deux fois en 2 mois, avec 11 à 14 injections. Deux fois la médication ne sembla pas avoir abrégé l'évolution.

Ce n'est pas un traitement spécifique, et les résultats favorables ne sont pas absolument constants.

Il arrive assez souvent que malgré les injections stibiées, le bubon continue à grossir ou évolue vers la suppuration.

Le degré de l'amélioration et la rapidité avec laquelle elle se produit varient beaucoup suivant les cas.

OBSERVATION I
(in thèse Fumat.)

D. A..., 31 ans.

Entre le 22 août 1932.

Adénopathie inguinale droite, occupant l'extrémité interne de l'arcade crurale, et dont le début remonte au 10 août.

Masse de la grosseur d'une pomme, adhérente aux plans profonds, douloureuse, de consistance dure. Bon état général. L'I. D. R. au Frei est positive.

Le malade nous quitte dès le 3 septembre 1932, s'étant trouvé considérablement amélioré. Il n'a reçu que 4 injections de tartrate : 0 gr. 01, puis successivement 0 gr. 02, 0 gr. 03 et 0 gr. 04.

B. — Les injections locales de glycérine.

MM. Levaditi, Ravaut, Lépine et M^{lle} Schœn ont montré que le virus lymphogranulomateux transmis par inoculation à certains simiens, produit, soit une méningo-encéphalite mortelle transmissible en série, soit une maladie inopérante.

Poursuivant leurs recherches, ils constatent au cours de leurs transmissions par passages successifs, que les émulsions cérébrales conservent leur virulence après la simple congélation et que le virus filtre à travers les bougies Chamberland L 3 ; par contre, le matériel virulent soumis à l'action de la glycérine

pure et conservé à la glacière perd rapidement son activité pathologique.

C'est alors que M. Marcel Pinard a pensé que la glycérine, expérimentalement stérilisante *in vitro*, pouvait l'être *in vivo*, en injections locales.

En présence d'un *malade arrivant au début de son affection*, cet auteur préconise, aussitôt le diagnostic établi, d'injecter dans les ganglions et à leur pourtour, à la seringue munie d'une aiguille, de la *glycérine stérilisée*.

Ces injections peuvent être répétées tous les jours ou tous les deux jours.

On peut ajouter le repos au lit, les compresses chaudes.

Dès les premières injections le malade se sent soulagé et peut rapidement reprendre ses occupations, tout en restant porteur d'une adénopathie encore volumineuse mais qui ne le gêne pas.

Si, au contraire, *le malade arrive tardivement* avec des ganglions en voie de suppuration, il faut ouvrir par une petite incision ne dépassant pas la largeur de la lame du bistouri ; on peut même, si on le juge utile, évacuer les fongosités à la curette, puis par l'ouverture on injecte à la seringue le contenu d'une ampoule de 2 cmc. de glycérine stérilisée et l'on renouvelle l'opération tous les jours.

Au bout de quelque temps, lorsque le processus de comblement de la plaie fait qu'elle n'admet plus qu'une quantité très faible de glycérine, soit une semaine à une dizaine de jours, on injecte alors la

glycérine en piquant en pleine masse ganglionnaire. Dès la première injection la suppuration se modifie. Il ne s'écoule bientôt plus que de la sérosité dont la quantité va diminuant de jour en jour. La plaie se referme en même temps que l'écoulement se tarit progressivement.

A mesure que la guérison se confirme sur les ganglions traités, on note aussi la diminution de volume des adénopathies profondes, iliaques, malgré qu'on se soit borné à intervenir sur les ganglions inguinaux. Ceci est d'ailleurs comparable à ce que l'on observe dans les cas traités par l'exérèse chirurgicale, où la régression des ganglions iliaques profonds se produit après l'ablation des ganglions inguinaux.

Il est utile *d'associer l'iodure de potassium par la bouche*, à la dose de 2 gr. par jour et plus.

OBSERVATION II

(D^{rs} M. Pinard et R. André.)

M. D... a contracté la syphilis en septembre 1931 (chancre, présence de tréponèmes à l'ultra-microscope) et est depuis régulièrement traité à l'hôpital Cochin.

Le 4 avril 1932, il vient nous montrer une érosion préputiale siégeant à la partie inférieure du sillon balano-préputial, juste en arrière du filet. Cette lésion superficielle, indolente, du diamètre d'un grain de millet, sans suppuration ni induration, rappelle en tous points l'élément d'herpès génital. Un examen de la sérosité, après scarification à l'ultra-microscope, ne montre pas de tré-

nomènes. On essaye de faire un prélèvement pour rechercher le bacille de Ducrey, mais on ne peut étaler que du sang.

Cette petite lésion génitale s'accompagne d'une adénopathie inguinale droite qui s'est rapidement développée, pour devenir très importante. Un ganglion superficiel est facilement palpé — il déforme la région — il est fixé, entouré de péri-adénite ; il est dur, très peu douloureux, la peau à sa surface n'est pas rouge. Dans la profondeur, rétro-cruraux, d'autres ganglions sont perçus, formant masse. Le malade est suivi jusqu'au début de mai ; son état restant stationnaire malgré le repos et les compresses chaudes.

Le 7 mai, intradermo au Dmelcos, elle est négative. Intradermo-réation de Frei à l'aide de l'antigène simien préparé par le Dr Levaditi. La réaction, lue 7 jours après, est très nettement positive (papule de 1 cm. 5 $\times$ 1 cm.).

On décide de traiter le malade par des injections de glycérine intraganglionnaire.

La mise en place de l'aiguille dans le ganglion le plus superficiel amène l'écoulement de quelques gouttes de pus jaunâtre. Examen du pus : pas de microbes décelables par diverses colorations. On injecte 1 cmc. de glycérine. L'injection est renouvelée la semaine suivante et chaque semaine.

Après la deuxième injection le malade se sent extrêmement soulagé et déclare ne plus souffrir du tout.

Par la suite, on note la diminution progressive et rapide de l'induration, de la péri-adénite, entourant la volumineuse masse superficielle.

Actuellement, après six semaines de traitement, l'amélioration est considérable. Il ne persiste plus du

ganglion superficiel, qu'une zone d'induration ovoïde, allongée parallèlement à l'arcade crurale. Les adénopathies profondes ont diminué, elles aussi, dans de très notables proportions.

Signalons que notre malade a pris régulièrement de l'iodure de potassium depuis un mois.

C. — Le salicylate de soude

Ce traitement a été proposé récemment par MM. P. Chevallier et A. Fiehrer.

Au début de leurs essais ces auteurs se servaient exclusivement de salicylate de soude *per os* dont ils donnaient 6 à 8 gr. par jour. Mais en même temps il est capital que les malades soient au régime lacté absolu et prennent deux à trois litres de lait par 24 heures. Ce régime lacté s'est heurté très souvent à la mauvaise volonté des patients.

Actuellement, ils obtiennent d'excellents résultats en faisant des injections quotidiennes *intraveineuses* de salicylate de Na. Les malades sont mis au régime normal. On emploie le *salicylate de Na glucosé*. On commence par 0 gr. 50 intraveineux et, suivant la tolérance du sujet, on continue à cette dose, tous les jours, jusqu'à la guérison, où on augmente.

En règle, on ne dépasse pas 1 gramme de salicylate intraveineux par 24 heures, et de préférence en deux fois. Chez plusieurs sujets non hospitalisés, MM. Chevallier et Fiehrer faisaient 0 gr. 75 à 1 gramme tous

les deux jours et ils conseillent de faire étendre le malade pendant une heure après l'injection.

MM. Touraine et Aubrun, dans le *Bulletin de la Soc. de Derm. Syph.* de décembre 1933, rapportent quelques cas de lymphogranulomatose inguinale traités par le salicylate de Na.

OBSERVATION III

E. D..., âgé de 40 ans, entre dans le Service le 4 février 1933, pour une volumineuse adénopathie inguinale bilatérale, datant d'une douzaine de jours et sans porte d'entrée visible. Les réactions de Frei et de Wassermann, faites le même jour, sont négatives, celle au Dmelcos est douteuse. Ces résultats nous engagent à traiter le malade au Dmelcos, d'ailleurs sans résultat.

Le 13 février, la réaction de Frei est devenue positive ; elle l'est encore le 27. A partir de ce moment l'état général se modifie, la fièvre s'élève progressivement à 39°. Le 10 mars éclate une éruption d'érythème polymorphe de type érythémato-papuleux. L'exanthème est intense, les signes généraux très marqués. Nous donnons du salicylate de Na à raison de 30 injections intra-veineuses quotidiennes d'un gramme chacune et d'une ingestion simultanée de 6 gr. par jour.

Dès le début du traitement, la poradénite, qui était restée stationnaire jusque-là, fond rapidement et disparaît avant que le traitement salicylé soit terminé.

OBSERVATION IV

M. Ham..., 34 ans, est hospitalisé le 19 novembre pour une adénite inguinale droite datant de 3 mois. Le bubon est volumineux, ovalaire, mesure 7 cm. sur 5. Il est ramolli, fistulisé en un point, s'accompagne de périadénite et se prolonge par une masse iliaque importante.

Le salicylate de Na est donné, par la bouche, à raison de 6 gr. les quatre premiers jours, de 4 gr. les deux jours suivants. Une certaine intolérance gastrique nous fait recourir aux injections intraveineuses, de 2 gr. pendant deux jours, de 1 gr. les trois jours suivants. Le malade a donc absorbé au total 32 gr. par la bouche, 7 gr. par les veines.

Les résultats ont été excellents. En onze jours la masse iliaque a disparu. Il ne subsiste plus, dans l'aîne, qu'une zone indurée de 2 cm. sur 1 cm. 5 autour du trajet fistulisé.

M. Sézary, de son côté, a traité par cette méthode quatre malades et a obtenu deux succès. Par contre, cet auteur a observé deux échecs, l'un chez un sujet porteur de plusieurs fistules inguinales de nature lymphogranulomateuse, l'autre dans une forme typique observée à une période précoce. Le salicylate de Na n'a pas empêché, dans ce dernier cas, l'accroissement de la masse ganglionnaire, ni l'apparition du ramollissement. Dans ces cas, on devrait employer le salicylate par *voie intraveineuse en solution glucosée*, à raison de 1 ou 2 gr. par 24 heures.

L'action du salicylate de Na est particulièrement heureuse lorsque les adénopathies sont récentes, encore fermes, non suppurées. Les résultats sont favorables, mais moins satisfaisants, si le bubon est déjà suppuré et, plus encore, fistulisé.

Il y a donc grand intérêt à instituer le traitement salicylé le plus tôt possible.

D. — Les injections locales de glycérine iodoformée

M. Pinard obtient des résultats satisfaisants avec la glycérine pure.

M. Chevallier, de son côté, a des succès avec le salicylate de soude.

Immédiatement vient à l'esprit l'idée de *combinaison* ces deux méthodes.

M. le Professeur Gougerot emploie dans son Service de l'Hôpital Saint-Louis la glycérine iodoformée (1).

On fait des injections de *glycérine pure périganglionnaires*, dans la paroi ; et la *glycérine-iodoformée*, à 10 %, est injectée *intraganglionnaire*, une ou deux fois par semaine, suivant les circonstances.

En même temps on donne du *salicylate de soude*

1. Les injections intra-ganglionnaires d'huile xylo-iodoformée (iodoforme : 1 gr. ; xylol : 10 gr. ; faire dissoudre et mélanger avec : huile de paraffine : 90 cmc.), ont été proposées par Bory et lui ont donné d'heureux résultats, ainsi qu'à Spillmann, Drouet et Michon.

par la bouche, 6 ou 8 gr., tous les jours, ou tous les deux jours.

Et on obtient de bons résultats.

OBSERVATION V

(Hôpital Saint-Louis, Service du Prof. Gougerot.)

Her... Alfred, 40 ans, monteur, entre le 2 octobre 1933 pour un bubon. Chancre ancien en 1924, traité pendant 9 mois à Fresnes (Novar) ; plus rien depuis.

Bubon inguinal bilatéral, surtout très marqué à *gauche* où il forme une masse de 7 cm. de large sur 10 cm. de haut, formant une masse bilobée.

Masse ganglionnaire iliaque.

A *droite*, ganglions dans le triangle de Scarpa, formant une masse plus petite.

L'adénite gauche a commencé seulement le 20 septembre 1933, s'accompagnant d'une poussée fébrile. Il n'y a pas de chancre de la verge, mais on trouve à l'anus une ulcération presque cicatrisée.

Dmelcos, le 2 octobre 1933 : négatif.

Frei, le 2 octobre 1933 : positif (gros nodule).

Ultra : négatif.

Ducrey : négatif.

Wassermann : 0.

Hecht : 0.

Kahn : + + + +.

Par ailleurs, cœur, poumons, système nerveux : normaux.

Le 19 octobre on commence le traitement par la glycérine iodoformée en injections locales ; et par le salicy-

late de Na par la bouche tous les deux jours à la dose de 6 à 8 gr. par jour.

On lui fait en outre du Bivatol pour sa syphilis.

Le malade sort de l'hôpital le 1^{er} janvier guéri de sa poradénite.

OBSERVATION VI

(*Idem.*)

G. Perr..., Salle Hardy, n° 19.

Le malade, âgé de 24 ans, entre dans le Service le 24 juillet 1933, pour un bubon inguinal droit.

Blennorragie.

Depuis le 18 juillet il présente un chancre du méat. Coït 3 semaines avant avec femme rencontrée dans un dancing.

Examen : lésion végétante du méat avec grosse adénopathie inguinale droite douloureuse.

Ultra : négatif.

B.-W., H. : 888.

Rate percutable sur trois travers de doigt. Le 24 juillet : Dmelcos, 5 injections jusqu'au 7 août. Le chancre est en bonne voie de cicatrisation, mais l'adénopathie augmente, et un ganglion volumineux apparaît à gauche.

Le 12 août : I. D. R. au Frei ; 16 août : positive.

Nodule et aréole : 8 mm. sur 8 mm.

(Antigène humain et simien.)

Dmelcos : négatif.

Le 23 août, on met le malade au traitement par la glycérine iodoformée, en injections intraganglionnaires, et à la glycérine pure en injections dans la paroi.

Du 23 août au 19 octobre : 8 injections à droite ; 6 injections à gauche.

19 octobre. — La masse ganglionnaire est diminuée surtout à gauche. On commence un traitement salicylé, tous les jours 6 à 8 gr. par voie buccale.

Guérison : le 10 décembre.

OBSERVATION VII

(*Idem.*)

Salle Hardy, lit n° 20. Ahmed S..., Algérien, 26 ans, manoeuvre. Entré le 30 mars 1934.

Vient pour une adénopathie inguinale droite, scléreuse, indolente.

Gros ganglions rétro-cruraux à droite, datant d'un mois.

A gauche, petite adénopathie, douloureuse à la palpation, apparue il y a dix jours.

On ne trouve pas de porte d'entrée au niveau des organes génitaux.

Avait été hospitalisé en 1924 pendant un mois et demi à Saint-Louis, mais ne sait pourquoi.

Cependant, le ganglion droit est gros, prêt à fistuliser.

Le 9 avril 1934 : I. D. R. au Dmelcos : négative ; réaction de Frei : positive.

B.-W. : 888.

H. : négatif.

On commence les injections locales de glycérine iodée qu'on fait toutes les semaines, avec en même temps du salicylate de soude, 6 gr. par voie buccale, tous les jours.

Le salicylate a été interrompu pendant une semaine à la suite d'intolérance gastrique, mais, actuellement, il est bien supporté.

Dès la troisième injection le ganglion a bien régressé.

Actuellement, après 8 injections de glycérine iodoformée, régression très appréciable et le malade nous déclare se sentir très amélioré.

E. — Le sérum de convalescents

M. F. Kalz, dans *Dermatologische Wochenschrift* du 17 décembre 1932, déclare :

Trois malades au début d'une lymphogranulomatose inguinale et un autre en période d'état ont été traités par des injections de sérum de lymphogranulomateux convalescents. Tandis que tous les cas traités par les méthodes habituelles évoluaient sévèrement des mois durant, les quatre malades injectés échappaient à la fistulisation et les bubons se résorbaient en 4 à 6 semaines.

Le sérum normal ne produit pas le même résultat. Il s'agit donc d'une action spécifique par anticorps des sérums de convalescents.

Dans ces dernières années, MM. Kalz et Sagher ont traité 15 malades par les injections de sérum de convalescents de lymphogranulomatose inguinale, et déclarent avoir obtenu 11 guérisons. Durée moyenne du traitement : 6 semaines.

F. — Les injections intraveineuses d'émulsion simienne

A la réunion dermatologique de Strasbourg du 8 mars 1931, M. Hellerström a signalé que les injections intraveineuses de pus dilué et tyndallisé, provenant d'un malade atteint de maladie de Nicolas-Favre, provoquent une réaction fébrile, qui ne se produit pas chez des sujets qui n'en sont pas atteints. En outre, il a constaté qu'en répétant ces injections, chez un de ses malades, ces réactions s'atténuent peu à peu et qu'après une semaine d'observation les lésions avaient présenté une amélioration marquée.

MM. Ravaut, Levaditi et Maisler ont répété ces expériences en partant, non pas de produits humains, mais en utilisant des extraits des centres nerveux de singes auxquels avait été inoculé dans le cerveau la maladie de Nicolas-Favre.

Le matériel dont ils se sont servis était une émulsion provenant du broyage au mortier de la partie superficielle des centres nerveux et des méninges de singes présentant des lésions typiques. Cette émulsion, fortement centrifugée, pour éliminer les cellules nerveuses, a été diluée, puis répartie en ampoules et stérilisée par tyndallisation (triple chauffage d'une demi-heure à 60°).

Elle peut être injectée à la dose de 1/2 à 2 cmc. dans les veines de sujets normaux sans provoquer la moindre réaction, alors que chez les malades at-

teints de la maladie de Nicolas-Favre elle est suivie de réactions très intéressantes, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

Cette émulsion d'origine simienne exerce une action manifeste sur l'évolution de la maladie.

OBSERVATION VIII

H..., malade depuis février 1932, présente encore au début de juin une masse ganglionnaire fistulisée du volume d'une mandarine. Il reçoit du 6 au 15 juin quatre doses de $1/4$ à 1 cmc. dans les veines d'émulsion simienne. Rapidement la masse ganglionnaire diminue, la fistule se ferme, et le malade sort le 25 juin, ne présentant qu'une petite tuméfaction du volume d'une cerise.

OBSERVATION IX

K... présentait une adénopathie récente, non suppurée, du volume d'une mandarine. Il reçoit 4 doses intraveineuses d'émulsion de $1/2$ à 2 cmc. du 15 au 29 juin. Très rapidement la masse diminue, se sépare en trois ganglions, dont l'un disparaît, et il ne reste à l'heure actuelle que deux petits ganglions du volume d'une noisette.

OBSERVATION X

B..., malade depuis décembre 1931, présentait encore le 3 juin 1932 une induration profonde fistulisée. Il re-

çoit cinq doses d'émulsion simienne de 1/2 à 1 cmc. 1/2. Le 27 juin, la poche et la fistule sont tarées et le malade sort de l'hôpital.

Les lésions sont d'autant mieux accessibles au traitement qu'elles sont plus récentes, car, dans les cas anciens, il est plus difficile d'agir rapidement sur les fibroses intra et péri-ganglionnaires caractérisant cette affection ; elles gênent l'action thérapeutique, aussi est-il bon d'adjoindre à ce traitement spécifique des débridements, des drainages par l'électro-coagulation et d'en favoriser la résolution par de l'iode et des rayons X.

G. — L'exérèse chirurgicale partielle

M. Nicolas, frappé du fait que le ganglion *iliaque*, même abcédé, rétrocede spontanément par l'ablation des ganglions *inguinaux*, a pensé qu'il suffirait peut-être d'enlever un ou deux des ganglions inguinaux seulement pour voir rétroceder toute la masse inguino-iliaque et cela sans faire courir au malade les risques d'un éléphantiasis ultérieur.

D'après Nicolas, l'exérèse chirurgicale *partielle*, non mutilante, est une excellente méthode à préconiser, étant donné les bons résultats encourageants obtenus.

MM. O. Jersild et A. Kristjansen, de Copenhague, ont fait, le 16 novembre 1933, une très intéressante communication à la Société de Dermatologie de Lyon, dont nous allons reproduire une partie :

OBSERVATION XI

A... S..., 30 ans, matelot, entré à l'Hôpital Rudolph-Bergh le 23 août 1932. Blennorragie en 1920. Syphilis en 1926 (plusieurs séries de bismuth et de novar à Copenhague, à Rouen, en Angleterre et en Amérique). Réaction de Bordet-Wassermann négative à plusieurs reprises, aussi pendant son séjour chez nous, le 24 août, le 12 octobre et le 23 novembre.

Dernier rapport avec négresse (Domingoise) au mois de juin. Quatre jours après ce coït, petite ulcération de la grandeur d'un grain de riz au limbe du prépuce. Vers le 20 juillet, le malade a observé que les ganglions inguinaux gauches se sont considérablement gonflés, la peau est devenue rouge, et la tumeur de l'aine lui a causé un peu de douleur en marchant et en travaillant. Plus tard il s'est produit plusieurs fistules par lesquelles il a vu s'évacuer du pus.

Sur la marge du prépuce, à droite, on voit une ulcération irrégulière, creuse, un peu infiltrée (diamètre de 10 mm.). Il y a phimosis. A l'aine gauche une tumeur ganglionnaire bosselée de la grandeur d'un œuf d'oie. La peau qui couvre l'adénopathie inguino-crurale est rouge-violacé, et on compte quatre orifices fistuleux au sommet de la tumeur. Toute la masse ganglionnaire est fixée aux tissus profonds, et on distingue, par palpation, dans la fosse iliaque gauche, une prolongation infiltrée assez considérable, dure, un peu sensible. A l'aine droite seulement deux ou trois petits ganglions indolents. Abstraction faite de la gêne locale, le malade se porte parfaitement bien. Température normale. Pas d'augmenta-

tion du foie ou de la rate. Urines sans albumine et sans sucre.

Recherches microscopiques et biologiques. — Dans le pus de l'ulcération préputiale nous n'avons pu déceler des tréponèmes. Les bacilles de Ducrey faisaient aussi défaut, malgré une série d'examens microscopiques, et deux auto-inoculations qui n'ont donné qu'un résultat négatif. Cependant, deux I. D. réactions au Dmelcos se sont montrées fortement positives, et le 26 octobre, à une époque où le chancre était presque guéri, nous avons constaté la présence de strepto-bacilles typiques dans une petite ulcération située à la face interne de la cuisse droite, à une place qui correspondait exactement au contact du chancre préputial. Ce petit chancre d'inoculation était issu d'une pustule observée quelques jours auparavant par le malade lui-même.

Quant à l'I. D. R. de Frei, nous en avons fait six et avec des antigènes divers (antigène simien de Levaditi-Ravaut, antigène de Frei, de Kluberg et de l'Institut Sérothérapique de Copenhague). Tous ces antigènes ont donné des réactions fortement positives et d'intensité égale.

Le 9 septembre, en narcose d'éther, nous avons pratiqué *l'exérèse chirurgicale partielle*.

On a enlevé deux ou trois ganglions inguinaux, mais l'opération fut, à cause de l'infiltrat solide périganglionnaire, si difficile qu'il fallait en partie arracher les ganglions inflammés. On a mis trois sutures profondes et l'incision cutanée fut fermée complètement à l'aide de sutures de soie et d'agrafes.

Le soir du jour de l'opération, la température, jusqu'à complètement normale, s'est élevée à 38°3. Le matin

suivant elle était à 39°6, et le soir du 10 septembre elle gagna son maximum : 40°4, pour ensuite descendre graduellement jusqu'à la normale à laquelle elle se fixa au bout de six jours.

Avec l'élévation de la température nous avons constaté :

1° Une exsudation post-opératoire dans la cavité d'exérèse, si forte qu'il fallait enlever les sutures à cause de la tension ;

2° L'apparition d'un érythème des régions de la peau environnant le champ opératoire. L'érythème a débuté le jour après le maximum de la température et il a atteint son acmé au matin du 13 septembre (4^e jour après l'exérèse) envahissant en ce moment la peau de l'abdomen, de l'aîne gauche presque à la transversale ombilicale. En dehors il allait au trochanter et sur la cuisse gauche à une ligne à 4 cm. au-dessous du pli inguinal. L'érythème n'a pas eu la couleur rose vif d'un érysipèle ou d'une lymphangite aiguë, et il n'a pas présenté des bulles. Sa couleur a été un peu sombre, et la partie atteinte de la peau, légèrement infiltrée, s'est montrée presque indolore. Dans les jours suivants, l'érythème se décolorait, et le 16 on a noté qu'il a disparu complètement.

Déjà, le 16 septembre, on note que les ganglions iliaques et inguinaux, passagèrement un peu plus sensibles après l'exérèse qu'avant l'opération, se présentent complètement indolents et que leur volume s'est amoindri. Le 19 septembre ils sont devenus impalpables.

Le malade, guéri depuis longtemps de sa plaie opératoire, a quitté l'hôpital le 23 novembre en pleine santé,

retenu à cause d'une cicatrisation retardée de la petite auto-inoculation fémorale.

Dans l'observation reproduite ci-dessus, il s'agit incontestablement d'un cas de maladie de Nicolas-Favre (contamination exotique, bubon torpide fistulisé, participation des ganglions iliaques, réaction de Frei positive avec une série d'antigènes de provenance diverse). Mais, en outre, le malade est porteur d'un chancre mou, contamination simultanée, au dire du malade. Si l'infection chancreuse a été représentée ou non dans l'adénopathie gauche (le chancre génital était situé à droite) est difficile à dire, mais au moins le caractère lymphogranulomateux a prédominé, sans contredit.

L'exérèse chirurgicale partielle a produit une rétrocession de toute la masse ganglionnaire, une rétrocession qui s'est effectuée extraordinairement vite (au bout de 10 jours). Mais ce qu'il y a de frappant dans cette observation, c'est que l'exérèse a été suivie et la rétrocession ganglionnaire post-opératoire précédée d'une élévation brusque, mais passagère, de la température du malade et d'un érythème localisé, un érythème d'un tout autre caractère qu'un érysipèle ou qu'une lymphangite banale.

Comment interpréter ces phénomènes érythémofébriles observés ?

M. Jersild estime qu'il s'est agi, selon toute apparence, d'une *réaction allergique*, déclenchée par les matières lymphogranulomateuses (lymphe, pus) exsu-

dées dans la cavité opératoire et résorbées par les lymphatiques et les veines dilacérées, résorption facilitée par la méthode opératoire employée (occlusion complète de la cavité par sutures) qui a causé une tension post-opératoire si forte qu'il fallait enlever toutes les sutures et agrafes. A l'appui de cette supposition viennent les caractères cliniques de l'érythème. Par sa couleur sombre, sa légère infiltration indolente, sa marche et sa disparition graduelles au cours d'une semaine, l'érythème ressemble assez à une *réaction de Frei géante*. D'après cette hypothèse, la rétrocession du reste des ganglions serait donc l'effet d'une *auto-vaccinothérapie* analogue à l'action du Dmelcos intraveineux dans le bubon chancrelleux.

Et M. Jersild pense que le procédé de Delbet, Beauvy et Ménégaux serait la méthode à préconiser, parce que ces auteurs ajoutent encore un supplément à l'exérèse chirurgicale elle-même : l'injection d'un vaccin préparé des ganglions enlevés du malade.

M. Nicolas ne partage pas cet ordre d'idées et n'attache aucune importance à cette auto-vaccinothérapie.

H. — L'électro-coagulation

M. Ravaut, dans sa communication à la Société de Dermatologie (12 décembre 1929), indique le mode opératoire employé par lui.

Si les adénites sont multiples, profondes et le malade sensible, on l'endort, le chlorure d'éthyle est pres-

que toujours suffisant, car l'intervention est très rapide. On ne recourt presque jamais à l'anesthésie locale, car l'infiltration des tissus par des solutions salines modifie la conduction du courant électrique et peut réserver des surprises désagréables en étendant les limites de l'action destructrice. Le plus souvent on opère sans anesthésie, la douleur est parfois très vive mais ne dure heureusement que quelques secondes.

S'il s'agit d'une adénite fermée, on choisit le point qui paraît le plus ramolli et on pique l'aiguille reliée à l'appareil de façon à atteindre le centre de la collection, puis on fait passer le courant. Comme on recherche une action destructrice, on se place en bipolaire et on commence avec un courant relativement faible qu'on augmente progressivement s'il est nécessaire.

Très rapidement l'on voit la cavité se gonfler, faire hernie vers la surface, puis au niveau du contact de la peau et de l'aiguille apparaît une zone de coagulation blanche tout autour de celle-ci ; elle augmente de plus en plus en même temps que dans l'intérieur du ganglion les tissus s'échauffent et entrent en véritable ébullition. Lorsque l'action est jugée suffisante, on retire brusquement l'aiguille. Si la lésion ganglionnaire est peu étendue, une seule piqûre suffit ; est-elle étendue, on recommence deux ou plusieurs fois la même intervention de façon que les zones coagulées se rejoignent tangentiellement aussi bien en surface qu'en profondeur.

S'il existe des trajets fistuleux, on les cautérise, pour ainsi dire, avec l'aiguille et on opère de la même façon. Si les tissus pathologiques se prolongent loin de la fistule, on fait quelques points dans le voisinage en cherchant à les réunir les uns aux autres.

Les jours suivants un suintement abondant s'écoule par les points d'introduction de l'aiguille, puis au bout d'une dizaine de jours l'escarre se détache, entraînant avec elle la peau et le tissu ganglionnaire coagulé.

Il se forme une plaie dont le fond est formé de tissu ganglionnaire, de tissu cellulaire sphacelés ; elle se cicatrise plus rapidement qu'on ne le penserait en la voyant.

Les cicatrices sont relativement minimales et diminuent de plus en plus dans les mois qui suivent l'intervention.

Si l'action diathermo-coagulante a été suffisante et a atteint tous les points malades, la guérison s'obtient en une seule séance et c'est le cas le plus fréquent. On ne saurait trop recommander la prudence, car il faut bien se rappeler que le courant se dégage et agit non seulement sur toute la hauteur de l'aiguille mais encore à son extrémité, prolongeant ainsi plus profondément son action coagulante.

OBSERVATION XII

(in thèse Laporte, 1931.)

Bro...

Le malade, âgé de 29 ans, entre le 3 janvier 1931, pour une adénite inguinale droite, datant de 5 à 6 jours.

Il dit n'avoir jamais présenté de chancre.

Les derniers rapports datent de 5 semaines.

A l'examen, on constate dans l'aîne droite l'existence d'un bubon bas situé, presque fémoral, dur, avec à sa partie supérieure une petite zone de ramollissement. On sent un ganglion iliaque extrêmement net.

La rate est perceptible sur une longueur de 10 cm.

On ne trouve aucune cicatrice de chancre ni sur la verge ni à l'anus.

La réaction de B.-W. faite à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène facilement du pus.

De tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon, seule l'I. D. R. de Frei est positive, elle donne une papule à centre nécrotique.

Le 21 janvier, électro-coagulation (Bipolaire Plot 5).

Le 24 janvier, escarre avec à sa périphérie une inflammation et un empâtement notables.

Le 27 janvier, chute de l'escarre. La plaie est arrondie, grosse comme une pièce de 5 francs, le fond est rouge et bourgeonne activement. Le malade est mis au Dmelcos (1) intraveineux (6 injections en tout).

Le 5 février, la plaie est en voie de cicatrisation avancée, la portion interne est cicatrisée complètement.

Le 14 février, la cicatrisation est terminée ; l'empâtement a disparu.

1. Dans l'électro-coagulation il y a action de libération des enkystements qui permet l'action des traitements spécifiques pyrétogènes. Dans la poradénite on ne possède pas de vaccin spécifique comme dans le bubon chancrelleux, mais en attendant qu'on ait cet agent spécifique, M. Ravaut emploie un corps pyrétogène, le Dmelcos par exemple.

Mais quelquefois l'évolution est traînante et compliquée. Plusieurs cas se sont révélés extrêmement tenaces et la diathermo-coagulation n'a pas obtenu la guérison absolue au bout de six mois.

Il faut compter aussi avec l'immobilisation du malade, les délabrements risqués, les portes ouvertes à l'infection secondaire, l'appareillage nécessaire au praticien.

I. — La radiothérapie

Proposée par Nicolas avec Moutot et Coste, elle a de nombreux partisans. Les auteurs qui la préconisent la considèrent comme une méthode particulièrement efficace à un stade précoce de la maladie, lorsque les ganglions ne sont pas encore ramollis. Sous son influence, on voit les masses ganglionnaires diminuer rapidement de volume et, dans les cas heureux la guérison survient en 5 à 6 semaines.

Les suppurations et la fistulisation des adénopathies ne sont pas une contre-indication à la méthode. Fernet, en 1931, a rapporté 12 observations de maladies de Nicolas-Favre, traitées dans ces conditions ; il signale 8 guérisons, 3 améliorations considérables et une amélioration légère.

On emploie la radiothérapie sous forme d'irradiations transcutanées de 20 à 25 minutes avec filtration de 15/10 de millimètre d'aluminium, à la dose de 4 à 5 H. par foyer irradié, en traitant dans une même séance plusieurs foyers selon la technique de Coste.

Il n'est pas utile d'irradier les ganglions iliaques, car ils disparaissent spontanément après le traitement efficace des ganglions inguinaux.

Comme nous l'avons dit, la guérison survient au bout de 5 à 6 semaines. S'il se forme un nouveau foyer, il faut attendre 7 à 8 semaines avant de faire une nouvelle séance d'irradiation.

OBSERVATION XIII

(D^r Buffé et Friess.)

Le malade était atteint de maladie de Nicolas-Favre, caractérisée par une adénopathie inguinale bilatérale avec abcès multiples fistulisés. Pas d'adénite iliaque. Bordet-Wassermann négatif. I. D. R. au Dmelcos négative. Les résultats de la biopsie ont confirmé le diagnostic de maladie de N.-F. Entré dans le Service le 27 août 1931, ce malade a été soumis à un traitement radiothérapique par M. le D^r Buffé dans les conditions suivantes :

Début le 21 septembre.

Séances hebdomadaires de 500 R., rayonnement filtré par 10 millimètres d'aluminium, 120.000 volts, distance anticathode-peau : 25 cm.

Dose totale appliquée :

A droite	3.000 R.
A gauche	2.500 R.

Le 12 octobre, grande amélioration. Le 3 novembre, traitement terminé. Le 12 novembre, guérison complète. Aucun incident n'est survenu au cours de ce traitement.

CONCLUSIONS

a) La thérapeutique de la maladie de Nicolas-Favre a fait depuis quelques années des progrès intéressants. Nous pouvons raccourcir notablement sa durée.

b) Mais le grand nombre de traitements proposés et employés prouve leur non spécificité.

c) Bien que la lymphogranulomatose inguinale soit une maladie générale et qu'il paraisse plus rationnel de la traiter par des méthodes chimiothérapiques ou biologiques, les *traitements locaux* sont, pour le moment, ceux qui donnent de beaucoup les meilleurs résultats.

d) Le traitement *combiné* : injections locales de glycérine pure et de glycérine iodoformée, et prise en même temps de salicylate de soude par la bouche ou par voie intraveineuse, donne de bons résultats.

e) L'exérèse chirurgicale *partielle*, ainsi que la radiothérapie, sont aussi des méthodes à préconiser.

f) Les divers traitements doivent être institués *pré-*

cocement, avant le stade de ramollissement et surtout de fistulisation, pour enregistrer des succès en un laps de temps relativement court.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Buffé et Friess.* — Un cas de maladie de Nicolas-Favre guéri par la radiothérapie (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 17 déc. 1931).
- Chevallier (Paul) et Fiehrer.* — Sur le traitement de la maladie de N.-F. par le salicylate de Na (*Bull. Derm. Syph.*, n° 9, déc. 1933).
- Chevallier (Paul).* — La maladie de N.-F. (*Rev. de Méd.*, p. 878, 1930).
- Action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, juin 1931).
- Chevallier (Paul) et Moricard.* — Mal. de N.-F. conjugale avec aspect typique chez la femme (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 14 janv. 1932).
- Chevallier et Bernard.* — Forme cutanée pure de la mal. de N.-F. améliorée par le « néostibiosane » (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 10 nov. 1932).
- Desaux et Boutelier.* — Manuel pratique de Dermatologie.
- Fernet (M.-P.).* — T. par la radiothérapie de la mal. de N.-F. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 8 mars 1931).
- Fumat.* — La mal. de N.-F. et son tr. par l'antimoine. Th. Paris, 1933.
- Gaté, Girard, Vidal.* — Un cas de mal. de N.-F. conjugale (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 20 mars 1930).
- Gougerot et Cohen.* — Etude de l'I. D. R. de Frei sur quelques malades (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 763, mai 1931).

- Adénite à gros abcès unique avec Frei positif et formation tardive d'une adénite à type N.-F. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 1105, juillet 1931).
- Syndrome éléphantiasique recto-ano-vulvaire abcédé et fistulisé avec réactions de Frei, etc., négatives (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 9 janvier 1933).
- Gougerot et Carteaux. — Syndrome d'éléphantiasis recto-ano-génital abcédé et fistuleux « délutant », avec « nodules » : véritables gommès de Nicolas-Favre (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 14 déc. 1933).
- Gregorio (E. de). — La lymphogr. ing. et ses relations avec le syphilome ano-rectal de Fournier (*Presse Méd.*, 17 sept. 1932).
- Hellerström (Sven). — Contribution à l'étude de la lymphogr. ing. (*Ann. des Mal. Vénér.*, p. 1077, déc. 1929).
- T. de la mal. de N.-F. par l'antigène lymphogr. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 588, 8 mars 1931).
- Jersild (O.). — Associat. de la mal. de N.-F. et de la chancelle (*Ann. Derm. Syph.*, p. 107, 1931).
- Quatre cas de syphilome ano-rectal avec I. D. R. Frei positive (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 8 mars 1931).
- Jersild et Kristjansen. — Considérations sur l'effet curatif de l'exérèse ganglionnaire partielle dans la lymphogr. ing. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 9, décembre 1933).
- Kalz. — T. de la mal. de N.-F. par le sérum de convalescents (*Dermatologische Wochenschrift*, n° 51, 17 déc. 1932).
- Kalz et Sagher (*Idem.*, n° 50, 16 déc. 1933).
- Laporte (M^{me}). — Contribution au t. des bubons vénériens par l'électrocoagulation. Thèse Paris, 1931.

- Levaditi, Ravaut, Schœn (M^{lle})*. — Présence du virus de la mal. de N.-F. dans les ganglions lymphatiques des singes réceptifs (*Soc. Biol.*, p. 1099, 15 avril 1932).
- Nicolas (Joseph)*. — Mal. de N.-F. : Notions récentes. Etiologie, diagnostic, traitement (*Arch. Derm. Syph.*, juin 1931).
- Nicolas et Favre*. — Un cas de l. ing. conjugale (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 17 avril 1930).
- Nicolas, Favre, Lebeuf*. — Rétréciss. ano-rectal éléphantiasique et lymphogr. ing. (*Journ. Méd. Lyon*, 20 mai 1931).
- Nicolas, Lebeuf, Charpy*. — Eléphantiasis génital chez un malade opéré pour mal. de N.-F. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 26 nov. 1931).
- Nicolas, Fabre, Lebeuf*. — L'érythème polymorphe au cours de la mal. de N.-F. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 26 fév. 1931).
- Rétréciss. ano-rectal éléphantiasique, forme aberrante de la mal. de N.-F. (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 8 mars 1931).
- Pinard (Marcel)*. — Quatre cas de mal. de N.-F. traités par les injections intraganglionnaires de glycérine (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 21 mai 1931).
- Pinard (Marcel) et Robert (André)*. — A propos du t. de la mal. de N.-F. par les injections intraganglionnaires de glycérine (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 9 juin 1932).
- Pinard (Marcel)*. — T. du lymphogranulome bénin de l'aine (*Paris Médical*, 3 déc. 1932).
- Ravaut, Levaditi et Maisler*. — La valeur diagnostique et thérapeutique des injections intraveineuses du virus de la mal. de N.-F. d'origine simienne (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, 7 juillet 1932).

- Ravaut, Cachera.* — Les acquisitions récentes sur la mal. de N.-F. (*Paris Médical*, 4 juin 1932).
- Rost.* — Remarques sur les bubons climatiques observés dans les Indes Occidentales (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, p. 527, 1931).
- Sézary et Facquet.* — Le t. de la mal. de N.-F. (*Clinique et Lab.*, 20 avril 1934).
- Sézary et Lenègre.* — Le t. de la mal. de N.-F. par l'antimoine (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, juillet 1932).
- Touraine et Aubrun.* — Quelques cas de lymphogr. ing. traités par le salicylate de Na (*Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 9, déc. 1933).

